

Helsedirektoratet  
Postboks 7000 St. Olavs plass  
0130 Oslo

Oslo 08.10.09  
Ref.: 1142/09/TLH/to

## **Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.**

### **Høringssvar fra Norsk Psykologforening**

**Norsk Psykologforening** har samlet sine generelle kommentarer og sine svar på de spørsmål som høringsbrevet reiser i dette dokumentet.

I vedlegget har vi tatt med de konkrete merknader til formuleringer og punkter. Vi har mottatt bidrag til høringsuutalelsen fra medlemmer som arbeider innen tjenestefeltet.

Vi finner det gledelig at både brukere og pårørende har fått en sentral plass i utformingen av retningslinjene, og at retningslinjene er basert på nasjonal og internasjonal forskning. Retningslinjene synes å innebære en vesentlig opptrapping eller også satsning på feltet. Det ser vi som viktig.

### **Generelle kommentarer til retningslinjen**

- Vi ønsker velkommen retningslinjen som vi tror vil løfte kvaliteten på behandlingen og rehabiliteringen av hjerneslag i Norge. Den inneholder mange viktige punkter og omhandler de viktigste områdene, men vi ønsker å bidra til en ytterligere forbedring gjennom anmerkninger til noen generelle trekk ved retningslinjen og kommentarer til enkeltpunkter som vi mener bør forbedres.
- Deler av retningslinjen er nærmest skrevet som en lærebok i slagbehandling og spesielt –rehabilitering. Ofte omtales det aspekter ved hjerneslag og funksjonsutfall forbundet med slag uten at dette har direkte relevans for anbefalinger. Hvor vellykket dette er, varierer fra

avsnitt til avsnitt. Retningslinjen kan med fordel fokusere mer på konkrete anbefalinger og relevante litteraturhenvisninger

- Området kognitive funksjonsnedsettelse er etter vår vurdering ikke tilfredsstillende omtalt i dokumentet. Psykologforeningen registrerer med sterk beklagelse at spesialist i klinisk nevropsykologi ikke har deltatt i noen av arbeidsgruppene. Dette stiller vi oss uforstående til, ikke minst på bakgrunn av at kognitive forstyrrelser har store implikasjoner for rehabiliteringsutfallet. En stor andel av de som lever med hjerneslag har kognitiv funksjonsnedsettelse. Nevropsykolog med erfaring med slagbehandling og –rehabilitering bør delta aktivt i revisjonsarbeidet (dvs. ikke kun som ekstern konsulent). Dessuten burde det være kjent at det foreligger betydelig forskning på doktorgradsnivå innen området norsk klinisk nevropsykologi.
- Retningslinjene inneholder en spesifisering av krav til bemanning på slagenhetene. Det bør tydeliggjøres i teksten at modellen ikke er en modell for optimal personalsammensetning, men viser minstekrav til bemanning på en slik enhet. Det er ønskelig med flere faggrupper, f.eks. nevropsykolog, i det tverrfaglige team som arbeider med utredning og/eller behandling av slagrammede. Ekstern nevropsykologkompetanse benyttes ofte i mangel av dette og er et minstekrav.

## **Kommentarer til de spørsmålene som er reist i høringsbrevet**

### ***Organisering av behandlingstilbudet***

- Det er uklart i hvilken grad retningslinjene ønsker eller ser det hensiktsmessig å spesifiserer hvilke yrkesgrupper som skal ha ansvaret for de ulike arbeidsoppgavene. Retningslinjen er ikke konsekvent her. Vi foreslår at retningslinjene påpeker at en klar rollefordeling i det tverrfaglige teamet har vist seg å være mer effektivt enn uklar rollefordeling, og at retningslinjene ellers skriver at de ulike oppgavene bør gjøres av person med spesialkompetanse. Videre spesifisering er overflødig.

### ***Behandling i akutfasen***

#### ***Undersøkelser for diagnostikk og oppfølging***

- Det virker delvis noe overraskende hvilke undersøkelser og tester som er valgt ut, spesielt også med tanke på hva som er presentert som vedlegg. Det kommer heller ikke alltid like godt frem hvilke undersøkelser som anbefales. Hvis målet med anbefaling av undersøkelser er en nasjonal standardisering, burde forslagene om undersøkelser være mer gjennomarbeidet for å overbevise de aktørene som bruker andre undersøkelser per i dag. Man kunne også tenke seg en gradering av undersøkelsene etter hvilke som anbefales eller ikke.

## **Sekundærforebygging**

### **Rehabilitering ved hjerneslag -- bilkjøring**

- Høringsbrevet nevner spesifikt at det er ulike syn i arbeidsgruppen vedr. bilkjøring etter hjerneslag, men det framgår dessverre ikke hva uenigheten består i. Det anbefales at det innkalles til en nytt møte med nevropsykolog til stede der dette tema drøftes spesifikt før veileder ferdigstilles. Det kan nevnes at Norsk Psykologforening for tiden arbeider med en faglig veileder i førerkortsaker. Kapitlet innledes med å fastslå at bilkjøring ofte er vesentlig for god sosial fungering og dermed også rehabiliteringsprosessen. Det er referert til publikasjonen IS-1437 fra SHdir, for å underbygge denne påstanden. I IS-1437 er ikke dette tematisert, tvert imot understrekes i denne publikasjonen flere steder at hensynet til den enkeltes behov er underordnet hensynet til trafikksikkerhet. Det foreligger imidlertid en rekke studier som både dokumenterer bilkjøringens betydning for psykososial fungering i ulike grupper, men også strategier for å imøtekomme negative virkninger av å måtte avstå fra bilkjøring, om det er behov for en referanse. Det savnes for øvrig råd om hvordan personer som ikke fyller helsekravene for førerrett kan hjelpes til å omstille seg praktisk så vel som følelsesmessig når utfallet av en førerkortvurdering er negativ.

Retningslinjen synes videre, i tråd med IS-1437, å legge opp til en heller restriktiv holdning i de helsefaglige vurderingene i spørsmålet om førerrett etter slag. Dette støttes. Retningslinjen synes å legge opp til en heller restriktiv holdning, og dette støttes. At alle pasienter med hjerneslag skal vurderes med tanke på bilkjøring, og alle pasienter med kognitive utfall undersøkes av et tverrfaglig team, støttes.

Etter vårt syn kan det fremheves enda tydeligere at vurdering av kjøreevne kan og bør skje på flere nivåer som spenner fra fastlegen til spesialiserte sentrer for kjørevurdering der man bruker multimodale tilnærminger (medisinske vurderinger, vurdering fra nevropsykolog, ergoterapeut og praktisk prøve fra kjørelærer. Sistnevnte blir også i økende grad utført ved Trafikkstasjonene.

Det finnes en rekke undersøkelser, tester osv. som kan brukes i vurderingen av kjørevnen; disse krever ulik kompetanse og medfører ulik ressursbruk. Det er således viktig at lege på slagenhet, på slagpoliklinikk og ev. fastlege kjenner til disse ulike nivåene og sørger for at pasienten vurderes på riktig nivå. Spesielt ved kognitive funksjonsnedsettelse er det nødvendig med spesialkompetanse ved kjørevurdering som også omhandler nevropsykologisk kompetanse.. Utover dette krever noen forhold ytterligere spesiell kunnskap og erfaring hos dem som vurderer kjøreevnen, og her vil vi spesielt trekke frem afasi som i seg selv ikke er til hinder for bilkjøring, men vanskeliggjør vurderingen av egnethet for bilkjøring.

Det beskrives innledningsvis i kapitlet en rekke symptomer som kan oppstå etter et slag som kan påvirke evnen til å kjøre bil. Denne listen er mangelfull/lite beskrivende i forhold til det brede spekteret av generelle og mer spesifikke symptomer som kan opptre – fysiske, kognitive og emosjonelle, og som er viktige å kjenne til for helsepersonell som skal forestå vurderingen, så vel som for pasienten og dennes pårørende. Den utdypede symptomlisten som følger senere i kapitlet bør erstattes med en oppstilling av hvilke kognitive funksjoner som er særlig viktig å få kartlagt etter et slag med tanke på bilkjøring, som økt trettbarhet, nedsatt psykomotorisk tempo og mental effektivitet, generelt nedsatt intellektuell funksjon, apati og emosjonell avflatning, distraherbarhet, anosognosi og reguleringsvansker, neglekt, språkvansker, apraksi, og synsfeltsutfall.

Finmotorisk funksjon anses ikke som en kritisk funksjon i denne sammenheng. En rekke nyere studier på bilkjøring etter hjerneskadener peker på at vurderinger av egnethet for bilkjøring også må inkludere vurderinger av samvirket mellom ulike funksjonsområder, som fysisk, kognitiv, emosjonell, personlighetsmessige/atferdsmessige fungering. Dette vil være spesielt viktig for noen undergrupper av slagrammede (frontale eller høyresidige hjerneslag), og for personer som tilhører høyrisikogrupper før de ble rammet av slag (som personer med rusmisbruk, dårlig regulert diabetes mv.). Det er viktig at ikke veilederen for ensidig vektlegger de kognitive svikttegn i førerkortvurderingen. Det er flott at veilederen understreker at slagrammede og pårørende må informeres om at en rekke symptomer etter slag kan innebære økt risiko i trafikken, dette i tråd med pasientrettighetsloven (§ 3-2). At alle som har hatt slag må gjøres oppmerksom på at de ikke kan kjøre bil den første tiden etter slaget, er imidlertid ikke like innlysende. Det er heller ingen hjemmel for dette i lovverket. Egnethet for bilkjøring må vurderes i hvert enkelt tilfelle, og vurderingen må baseres på funksjonsundersøkelser. Det er hverken slik at alle slag gir helsesvekkelser/funksjonssvikt som kommer i konflikt med helsekravene, eller er forbundet med medisinske tilstander som gir økt trafikal risiko, som kan forventes redusert over den første tiden. Tiden alene vil uansett ikke redusere risiko. De slagrammede som er helsemessig skikket til å kjøre og ønsker å gjenoppta bilkjøringen bør få anledning til å gjøre det uten unødig opphold. Dette vil kunne gi bedre muligheter for deltakelse på ulike samfunnsarenaer, fremme rehabiliteringsprosessen herunder muligheten for å gjenoppta arbeid, og vil kunne bidra til å opprettholde kjøreferdigheter. Det foreslås derfor at denne anbefalingen utgår (nr. 2 i tabellen).

Vi foreslår likevel at veilederen anbefaler at alle slagrammede skal vurderes med tanke på bilkjøring. Det er imidlertid en utfordring å få etablert en nasjonal standard for hvordan dette skal organiseres og gjennomføres, hvilke metoder som egner seg for screening og for mer

spesialisert utredning i komplekse saker, og hvilke kompetansekrav som skal stilles på ulike tjenestenivåer. I mange tilfeller vil en enkelt konsultasjon hos lege være tilstrekkelig for å konkludere med at personen ikke er egnet, og at videre utredning i første omgang er uhensiktsmessig. Hos andre vil en nevropsykologisk kartlegging kunne vise at en slagrammet er kognitivt egnet for bilkjøring allerede kort tid etter slaget. I noen tilfeller vil for eksempel epilepsi likevel gjøre det påkrevet å vente med bilkjøring.

Når det gjelder anbefalingen om oppfølging hos øyelege (nr. 5 i tabellen) med henblikk på kjøreevne for alle som har hatt hjerneslag med vedvarende synsfeltutfall *eller annen synssvekkelse*, så er dette neppe helt i henhold til førerkortforskriften. En del former for synssvekkelse bør kunne følges opp av optiker. Anbefalingen om at alle som har hatt hjerneslag med diagnostiserte kognitive utfall og som fortsatt ønsker å kjøre bil, bør følges opp av et tverrfaglig team med henblikk på kjøreevne, er uklar (nr. 7 i tabellen). På den ene siden vil dette være svært resursskrevende, på den andre mangler en faglig begrunnelse for anbefalingen.

Det er også uklart om veilederen anbefaler den spesifikke metoden "the Nordic Stroke Driver Screening Assessment" som refereres til (referanse nr. 453, kfr. anbefaling 4 i tabellen) som en validert test som kan gjennomføres i regi av tverrfaglig team, evt. supplert med nevropsykologisk undersøkelse og/eller praktisk prøve. Om denne metoden kan oppfattes som godt validert i førerkortsammenhengen er diskutabelt. Det er for øvrig en rekke ulike metoder i bruk som vil kunne være aktuelle i utredningssammenhengen, som vil ha ulike egenskaper avhengig av om formålet er screening for mer uttalt svikt eller mer spesialisert funksjonsutredning i mer komplekse saker.

Det vesentlige er å få sikret en tilfredsstillende utredning av kognitiv funksjon med psykometrisk sett solide og validerte metoder, og samvirket med eventuelle andre symptomer og risikofaktorer, hos instans med kompetanse på området. Veilederen bør også omhandle slagrammede med afasi, som vil kunne by på spesiell utfordringer i en utredningssammenheng. Ofte vil ikke standard testmetodikk som krever god språkfunksjon gi valide mål på kognitive funksjoner. En må da søke å velge metoder hvor afasi ikke virker hemmende inn, noe som krever spesialkompetanse. I tillegg vil enkelte former for afasi kunne komme i konflikt med vegtrafikklovens krav til alle bilførere om at de skal kunne la seg rettlede av trafikale tegn og symboler. Det er viktig å ha i mente at slagpasienter som testes tidlig i forløpet vil ha et bedringspotensiale. Retesting vil derfor ofte være aktuelt idet en pasient som i tidlig fase ikke tilfredstiller kriteriene, eventuelt kan klareres på et senere tidspunkt. Når retesting skal finne sted, må vurderes i det enkelte tilfelle mht skadeomfang og individuell remisjon. Eksekutive utfall har i så måte vist

seg å ha lang remisjonstid. Flere retestsesjoner, eventuelt med supplerende praktisk kjørevurdering, kan være aktuelt, og muligheten for dette bør være omtalt i veilederen.

- Mer generelt oppfattes veilederens redegjørelser av og henvisninger til regelverket (vegtrafikkloven, førerkortforskriften med vedlegg og lov om helsepersonell med forskrift) som regulerer arbeidet med førerkortsaker både utilstrekkelig, uryddig og feilaktig. Det er uklart om det henvises til SHDir's veiledere IS-1348 og IS-1437 eller til førerkortforskriften i setningen "Førerkortforskriftene (644; 646) regulerer hvilke utfall etter hjerneslag som er diskvalifiserende for kjøreevne". I redegjørelsen for regelverket bør det som minimum fremgå hvilke svikttegn som er omtalt i regelverket av relevans for slagrammedes situasjon, hvem meldeplikten omfatter (lege, psykolog og optiker), og når den utløses (herunder 6 måneders regelen). Pasientens adgang til å anke vedtak og/eller søke dispensasjon fra helsekravene er heller ikke omtalt, eller hvordan helsepersonell skal forholde seg til dispensasjonssaker. At helsekravene er differensierte i forhold til ulike kjøretøyklasser (og kjøreseddel) bør også omtales.

### ***Kommunehelsetjenestens oppgaver***

#### ***Primærforebygging -Implementering***

- Følgende områder synes å være spesielt utfordrende når det gjelder implementering;
  - Å få tilstrekkelig antall nevropsykologer utdannet og ansatt.
  - Å oppnå erkjennelse av at kognitive utfall etter hjerneslag er svært utbredt selv om de i utgangspunktet lett kan overses.
  - Å oppnå forståelse for at nevropsykologi er et komplekst fagfelt og at det er mest hensiktsmessig at personell med spesialkompetanse har ansvaret for utredninger av og tilbakemeldinger om kognitiv funksjon.
  - Å oppnå enighet om og trygghet på når det er nødvendig med nevropsykologisk utredning av spesialist og når screening, f.eks. av ergoterapeut, lege eller annen fagperson, er mest hensiktsmessig.
  - Å ta tilstrekkelig hensyn til de pårørendes behov for informasjon, praktisk hjelp og terapi.
  - Å skape forståelse i samfunnet for at rehabilitering tar tid, dvs. krever tålmodighet, langsiktighet og store økonomiske ressurser.
  - Å skape forståelse blant helsepersonell og pårørende for at målet i de fleste tilfeller etter hvert vil være økt livskvalitet like gjerne som bedret funksjon.
  - Å etablere lik praksis for utredning av egnethet for bilkjøring.
  - Å etablere rutiner for å kartlegge psykisk funksjon hos slagrammede i senfasen og hos deres pårørende.
  - Å etablere gode teapeutiske tilbud for slagrammede med angstlidelse eller depresjon og som dessuten har språk- eller andre kognitive vansker eller nedsatt mobilitet.

- Å innføre et enkelt språk som standard i alle skriftlige dokumenter som skal kunne være tilgjengelig for slagrammede.

Med vennlig hilsen

Tor Levin Hofgaard  
president